

Informes SIIC

FACTORES PRONOSTICOS EN EL SINDROME CON DISTRES RESPIRATORIO DE LA TUBERCULOSIS

También estudian los factores determinantes del desenlace clínico de esta complicación pulmonar

Nueva Delhi, India:

En base a un estudio retrospectivo de casos con controles, los autores determinaron los factores clínicos y bioquímicos relacionados con la aparición del síndrome de distrés respiratorio agudo y algunos indicadores de su evolución en pacientes con tuberculosis sin infección por VIH.

Fuente científica:

[**International Journal of Tuberculosis and Lung Disease** 10(4):429-435, Abr 2006] – aSNC

Autores

Sharma S, Mohan A, Banga A y colaboradores

Aunque la mayoría de los pacientes con tuberculosis (TB) desarrollan una enfermedad crónica de aparición insidiosa, también pueden manifestar insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que requiere ventilación asistida. Algunos pacientes pueden presentar –aunque raras veces- un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

El SDRA de cualquier causa se asocia con tasas de mortalidad entre el 30% y el 60%; cuando la causa es la TB, estas cifras ascienden a 33% - 90%. Al conocer los factores que permitan pronosticar el desarrollo de SDRA en pacientes con TB se podría estratificar el riesgo y así determinar la necesidad de implementar un tratamiento temprano y agresivo de estos pacientes, incluyendo la hospitalización.

Durante 1980 y 2003, 2 733 pacientes adultos fueron tratados en un centro de atención terciaria de referencia (Nueva Delhi, India) por TB activa con diferentes presentaciones. Del total, 345 tenían tuberculosis pulmonar (TBP) y tuberculosis miliar (TBM) activas y necesitaron ser internados por las complicaciones que presentaban. Los controles fueron aquellos individuos con TB, pero sin SDRA. Los diagnósticos se realizaron en base a la presentación clínica, a los patrones radiológicos característicos, a la evidencia histopatológica o microbiológica de la TB y a la buena respuesta clínica y radiográfica al tratamiento anti-tuberculoso.

Los tratamientos incluyeron estreptomina (S), rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) y etambutol (E) en las siguientes combinaciones: EHRZ o SHRZ en los 2 meses iniciales y RH en los 4 a 10 meses siguientes. De todos los casos, 23 pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica debieron ser intubados para recibir ventilación asistida.

De los 345 pacientes internados, 32 desarrollaron SDRA (n-TBM= 22, n-TBP= 7), pero no se contaron con datos importantes de 3 individuos, por lo que se los excluyó del análisis. Cuatro pacientes desarrollaron SDRA después de comenzar el tratamiento; en el resto los síntomas de distrés precedieron al diagnóstico de TB.

Las condiciones asociadas con el desarrollo de TB fueron el embarazo y el posparto (n= 4), el alcoholismo (n= 3), la diabetes mellitus (n= 2) y la artritis reumatoidea (n= 1). Las comorbilidades observadas fueron enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (n= 2), deficiencia de la glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (n= 1) y leishmaniasis visceral (n= 1).

La mayoría de los sujetos presentaron fiebre (96%) y tos (88.9%). En el 55.6% de los casos se hallaron signos auscultatorios. Los hallazgos bioquímicos relacionados con la TB fueron:

eritrosedimentación elevada (100%), neutrofilia (55.6%), anemia (55.2%), linfopenia (33.3%), trombocitopenia (17.9%), leucopenia y leucocitosis (14.3% en ambos casos), hiponatremia (48.1%), transaminasas elevadas (39.3%), fosfatasa alcalina elevada (32.1%) e hiperbilirrubinemia (14.3%). Todos los pacientes en quienes se analizó la infección por VIH resultaron seronegativos.

Las complicaciones observadas en los pacientes internados con SDRA por TB fueron: infección del tracto urinario (17.2%), coagulación intravascular diseminada (17.2%), falla multiorgánica (13.8%) y neumotórax (3.4%).

Los factores que permitieron predecir independientemente el desarrollo de SDRA fueron: TBM (*odds ratio* 4.6); duración de la enfermedad >30 días con el consiguiente retraso en la indicación terapéutica específica (*odds ratio* 177.9); recuento absoluto de linfocitos < 1 625/mm³ (*odds ratio* 4.5) y valores de alanina aminotransferasa > 100 UI/l (*odds ratio* 15.7).

El 41.4% de los pacientes con SDRA por TB falleció. Los valores elevados de la escala APACHE II, la hiponatremia y la relación entre la presión parcial de oxígeno arterial con la fracción inspirada de oxígeno (PaO₂/FIO₂) < 108.5 fueron factores de predicción de mortalidad.

Los autores señalan que la muestra analizada fue relativamente pequeña, por lo que los hallazgos obtenidos tal vez deban ser validados con investigaciones que incluyan a un mayor número de pacientes. No obstante, sugieren que, al tener en cuenta la presencia de los factores asociados con el desarrollo de SDRA (prolongada duración de la TB, TBM y valores elevados de leucocitos y alanina aminotransferasa), el profesional a cargo del tratamiento de pacientes con TB puede evaluar el riesgo individual para a sí indicar adecuadamente un tratamiento agresivo.

CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA EPIDEMIOLOGIA DE LA MENINGITIS BACTERIANA EXTRAHOSPITALARIA EN ADULTOS

Estudio de los casos de meningitis bacteriana extrahospitalaria en adultos, notificados en los últimos 12 años en el Reino Unido y Gales

Bristol, Reino Unido:

La epidemiología de la meningitis bacteriana extrahospitalaria en adultos muestra cambios significativos en los últimos 12 años, con duplicación de los casos debidos a *M. tuberculosis*, predominio de *N. meningitidis* en las personas más jóvenes y de *S. pneumoniae* en las de edad más avanzada.

Fuente científica:

[**Epidemiology and Infection** 134(3):567-569, Jun 2006] – aSNC

Autores

Gjini A, Stuart J, Lawlor D y colaboradores

En los adultos con meningitis bacteriana extrahospitalaria (MBE) se observa un preocupante aumento de la frecuencia de casos debidos a *Mycobacterium tuberculosis*. Además, la *N. meningitidis* es el agente predominante en los pacientes más jóvenes y el *S. pneumoniae* en los de edad más avanzada.

En las últimas décadas se han producido cambios epidemiológicos importantes relacionados con los nuevos programas de vacunación en los niños y los avances en el tratamiento de las infecciones. Todo ello podría repercutir sobre la incidencia de meningitis bacteriana en los adultos.

Los autores del presente trabajo se propusieron evaluar los cambios en la epidemiología de la MBE en los adultos mayores de 16 años de edad residentes en Inglaterra y Gales. Con este objetivo, recopilaron los resultados de los estudios microbiológicos y el número de casos de MBE y de septicemia meningocócica, notificados al Centro de infecciones de la Health Protection Agency (organismo de control gubernamental) entre enero de 1991 y diciembre de 2002. También se verificaron los registros de las defunciones debidas a las citadas patologías.

Se informaron 3 169 casos de MBE y la incidencia anual promedio fue de $0.6/10^5$, de acuerdo con los análisis microbiológicos; *S. pneumoniae* y *N. meningitidis* fueron responsables del 78 % de los casos. En general, hubo menor frecuencia de meningitis causadas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *L. monocytogenes* en el período considerado. Por el contrario, las infecciones debidas a *M. tuberculosis* se duplicaron.

En base a la notificación clínica, la tasa de incidencia anual promedio de meningitis por *N. meningitidis* fue 3 veces mayor que aquella basada en los estudios microbiológicos (es decir, $0.9/10^5$ en comparación con $0.24/10^5$).

El principal patógeno responsable entre los adultos jóvenes fue la *N. meningitidis*, que representó el agente causal en el 80 % de los casos del grupo etario entre 16 a 24 años, y del 10 % de aquellos en mayores de 70 años ($p = 0.0001$). En cambio, la proporción de infecciones por *S. pneumoniae* se incrementó del 8 % al 59 %, respectivamente ($p = 0.0001$). El análisis de la incidencia específica según la edad también reveló tendencia al aumento de casos debidos a *E. coli* y *L. monocytogenes* en enfermos añosos.

La tasa de mortalidad por meningitis meningocócica y neumocócica combinadas se redujo de $0.45/10^5$ entre 1993-1994 a $0.31/10^5$ entre 2001-2002. La proporción de casos mortales de septicemia meningocócica descendió del 48 % al 27 %, pero la relacionada con meningitis de dicha etiología mostró poca variación, manteniéndose en 18 %. La mortalidad debida a meningitis tuberculosa también disminuyó del 83 % al 34 % durante ese lapso. Estos hallazgos son alentadores, y sugieren que el adecuado manejo clínico tiene gran importancia, aunque la morbilidad y mortalidad asociadas con la MBE son aún considerables.

Durante las 2 últimas décadas se ha observado el resurgimiento de la incidencia de tuberculosis, en particular en asociación con la infección por el VIH. La duplicación de las meningitis causadas por este agente resulta preocupante debido a la posibilidad de diseminación de *M. tuberculosis* multirresistente.

La introducción de las vacunas para meningococo, neumococo y *H. influenzae* ha producido una notable reducción de las infecciones en la población pediátrica. La declinación en la frecuencia de casos de MBE por *H. influenzae* en los adultos podría estar relacionada con este hecho, al descender la cantidad de portadores y producir mayor inmunidad en esa población.

Este estudio proporciona evidencia de que la epidemiología de la MBE en los adultos está cambiando. La modificación más notoria corresponde al incremento de la incidencia de casos por *M. tuberculosis*.

La distribución por grupos etarios de otras etiologías muestra predominio de la infección meningocócica en los adultos más jóvenes y de la causada por neumococo en aquellos de mayor edad.

LAS NEUMONIAS POR CHLAMYDIA O MYCOPLASMA NO SON CLINICAMENTE DIFERENCIABLES

Estudio retrospectivo en 234 pacientes

Zagreb, Croacia:

Entre los pacientes con neumonía atípica adquirida fuera del contexto hospitalario, no existen características clínicas o epidemiológicas que permitan diferenciar en forma categórica los cuadros causados por *Chlamydia pneumoniae* de los causados por *Mycoplasma pneumoniae*. Sin embargo, ciertos elementos podrían ser indicativos.

Fuente científica:

[*Epidemiology and Infection* 134(3):548-555, Jun 2006] – aSNC

Autores

Puljiz I, Kuzman I, Dakovic-Rode O y colaboradores

No existen características clínicas o epidemiológicas que permitan distinguir una neumonía causada por el agente *Chlamydia pneumoniae* de otra causada por *Mycoplasma pneumoniae*, aunque ciertos elementos podrían sugerir la presencia del primero.

Los agentes de la neumonía atípica como *C. pneumoniae* y *M. pneumoniae* representan una importante causa de neumonía adquirida fuera del contexto hospitalario. La prevalencia de casos de ésta causados por los mencionados agentes varía entre 3% y 43%. Estos organismos comparten características epidemiológicas y clínicas similares con relación a la infección en humanos y a la enfermedad. La neumonía causada por estos patógenos usualmente se asocia con una baja gravedad, aunque esta puede variar según la edad del paciente, la presencia de otros patógenos o la existencia de comorbilidad. El diagnóstico de la neumonía por *C. pneumoniae* y *M. pneumoniae* ha sido llevado a cabo a través de diversos métodos, como los estudios de anticuerpos, los cultivos, la detección de antígenos y la identificación de las secuencias específicas de ADN con la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por su sigla en inglés). El aislamiento e identificación de estos agentes resulta dificultoso y costoso, y requiere de mucho tiempo. Al respecto, la serología aún representa la principal herramienta diagnóstica en la práctica clínica. El agente *C. pneumoniae* ha sido asociado con la enfermedad cardiovascular aterosclerótica; sin embargo, dicho agente podría causar la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La erradicación microbiológica de *C. pneumoniae* puede ser difícil con la terapia antimicrobiana efectiva, aún cuando tiene lugar una buena respuesta clínica. Este fracaso en la erradicación podría presentar consecuencias clínicas significativas como la reactivación de la EPOC. El agente *M. pneumoniae* es responsable de producir un amplio espectro de manifestaciones no pulmonares, que incluyen cuadros neurológicos, hepáticos, cardíacos y hematológicos. Las manifestaciones del sistema nervioso central y periférico son complicaciones frecuentes de la infección por este agente. En el presente trabajo, sus autores estudiaron un grupo de 89 pacientes con neumonía adquirida fuera del contexto hospitalario y causada por *C. pneumoniae*, y lo comparó con otro grupo de 147 pacientes con neumonía causada por *M. pneumoniae*. La hipótesis evaluada fue que las manifestaciones clínicas, radiológicas y de laboratorio de la neumonía causada por *C. pneumoniae* se asemejarían en gran parte a las correspondientes al cuadro causado por *M. pneumoniae*. Por eso, el objeto de la investigación fue determinar si se podrían distinguir ambas entidades sobre la base de sus características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y de laboratorio antes de la confirmación serológica de la infección.

El análisis fue de tipo retrospectivo y comprendió un período de 3 años. Todos los pacientes incluidos eran mayores de 6 años de edad. Se observó que los pacientes con *C. pneumoniae* eran mayores que los afectados por *M. pneumoniae* (42 y 24 años, respectivamente), y que mostraban una menor probabilidad de presentar tos, rinitis y ronquera. Además, estos pacientes presentaban mayores niveles de proteína C-reactiva y de la enzima aspartato aminotransferasa que el segundo grupo. Por su parte, en los pacientes con *M. pneumoniae* se observó derrame pleural con mayor frecuencia que en los afectados por *C. pneumoniae* (8.84% y 3.37%, respectivamente).

Los autores concluyen que no existen signos o síntomas clínicos, ni tampoco estudios rápidos de laboratorio, que permitan diferenciar un caso de neumonía adquirida fuera del contexto hospitalario y causada por *C. pneumoniae* de otro causado por *M. pneumoniae*. Sin embargo, algunas características de la infección por el primer agente resultan indicativas de su diagnóstico, como la mayor edad de los pacientes y la ausencia de tos y otros síntomas del tracto respiratorio superior, además de mayores niveles de proteína C-reactiva y aspartato aminotransferasa.

ANALIZAN LA EPIDEMIOLOGIA CAMBIANTE DE LAS INFECCIONES FUNGICAS INVASIVAS

En los últimos años han surgido cepas resistentes a los agentes antifúngicos comúnmente empleados

Potsdam, Alemania:

Ciertos tipos de infecciones fúngicas invasivas presentan tasas de incidencia crecientes, lo cual se explica, al menos en parte, por el surgimiento de cepas resistentes y potencialmente mortales de *Candida* y de cepas productoras de zigomicosis.

Fuente científica:

[*International Journal of Antimicrobial Agents* 27(Supl. 1):3-6, Jun 2006] – aSNC

Autores

Maschmeyer G

La epidemiología de las infecciones fúngicas invasivas atraviesa significativos cambios. En muchos casos y a pesar del extendido uso de los agentes antifúngicos, las tasas de infección están en aumento. Esto se debe en parte a la emergencia de cepas resistentes y potencialmente fatales de *Candida* y de cepas productoras de zigomicosis.

Las tasas de mortalidad atribuibles a las micosis invasivas son crecientes. Datos provenientes de EE.UU. muestran que en 1980 este grupo de enfermedades era responsable de 828 muertes y representaba la décima causa más importante de infección fatal. Sin embargo, en 1997, el número de muertes relacionadas con la micosis había aumentado a 2 370 y representaba la séptima causa más prevalente de infecciones terminales. Resulta difícil predecir la probabilidad de que cualquier paciente en particular contraiga una infección fúngica invasiva sobre la base de los datos clínicos publicados, ya que ciertos factores y condiciones locales afectan en gran medida el riesgo general. Esto explica la gran variación en las tasas de infección registradas por investigador es individuales. Por ejemplo, las tasas de infección observadas en pacientes con trasplante hepático han sido tan bajas como 7% y tan elevadas como 42%, mientras que entre los pacientes con trasplante renal, este valor ha oscilado entre 1.4% y 14%. También existen importantes discrepancias con respecto a cada tipo de infección individual. Las tasas de infección por *Aspergillus* en pulmón y corazón y en los receptores de trasplante pulmonar varían entre 25% y 50%, mientras que las tasas correspondientes a la infección por *Candida* en los receptores de trasplante hepático varían entre 35% y 91%. Las tasas de infección de especies fúngicas resultan dinámicas. Por ejemplo, entre los años 1987 y 1996, la probabilidad de que un receptor de un trasplante alogénico de células madre presente una aspergilosis invasiva aumentó en aproximadamente un 50%. La evolución de las infecciones fúngicas invasivas presenta importantes consecuencias clínicas. En un estudio retrospectivo en 395 pacientes receptor es de trasplante alogénico de células madre, la frecuencia de infecciones fúngicas invasivas fue de 14%. Entre los pacientes infectados, 37 presentaron infecciones por especies diferentes a *Candida* (principalmente aspergilosis invasiva).

Existen varios factores del huésped que lo predisponen a presentar infecciones micóticas, como la inmovilidad, la mucositis, el uso de antibióticos, la terapia radiante o con ciertos agentes inmunosupresores, la desnutrición o el trasplante de célula madre hematopoyética. La *Candida* se ha tornado más prevalente que los agentes *Escherichia coli* y *Pseudomonas spp*, y actualmente representa la cuarta causa más frecuente de infección fatal en EE.UU. En los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos y sometidos a una cirugía, los factores de riesgo de esta infección son el antecedente de cirugías previas, la insuficiencia renal aguda, la nutrición parenteral y la presencia de un catéter de triple entrada. En forma similar, e n los pacientes críticamente enfermos los principales factores de riesgo son la transfusión de sangre durante las primeras 24 horas, la perforación gastrointestinal, la hemodiálisis y la nutrición parenteral total. Durante la última década, la cepa patogénica de *Candida* predominante ha cambiado; así, a comienzos de la década de 1990, *C. albicans* representaba aproximadamente dos tercios de las infecciones candidiásicas, mientras que en el final de dicha década, este valor descendió a 50%. Durante el mismo período, aumentó la predominancia de otras especies como *C. krusei* y *C. glabrata* (ambas con tasas de mortalidad de 49%). Las zigomicosis son infecciones fúngicas producidas por las especies *Mucor*, *Rhizopus* y *Cunningh amella spp*.

A pesar de que este tipo de infección es infrecuente, su incidencia es creciente.

Actualmente están surgiendo cepas fúngicas potencialmente fatales que son resistentes a varios de los agentes antimicóticos comúnmente empleados. Por eso, resulta de gran importancia reconocer y minimizar los principales factores de riesgo asociados con estas graves infecciones.

PARECE EXISTIR TENDENCIA CRECIENTE EN LA INCIDENCIA DE BACTERIEMIA POR ANAEROBIOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Estudio retrospectivo durante un período de 62 meses

Yvoir, Bélgica:

En el presente estudio realizado en un hospital universitario de Bélgica, se observó tendencia creciente en la incidencia de bacteriemia por anaerobios entre los pacientes con hemocultivos positivos, en particular entre aquellos con entidades hematológicas malignas activas. El germen más frecuentemente aislado fue *Bacteroides fragilis*.

Fuente científica:

[**Clinical Microbiology and Infection** 12(6):527-532, Jun 2006] – aSNC

Autores

Blairon L, De Gheldre Y, Delaere B y colaboradores

En el presente trabajo realizado en un hospital universitario durante 62 meses se observó una incidencia creciente de los casos de bacteriemia por gérmenes anaerobios, especialmente entre los pacientes con entidades hematológicas malignas activas.

La bacteriemia por anaerobios es poco frecuente y representa del 0.5% al 13% de todos los hemocultivos positivos. Esta tasa corresponde a una incidencia de 0.5 a 1.0 caso por cada 1 000 internaciones hospitalarias. La necesidad de un diagnóstico microbio lógico objetivo de los casos de bacteriemia por anaerobios aún resulta controvertida. Al respecto, se ha propuesto que las características clínicas de las infecciones por estas bacterias deberían guiar la elección empírica de la terapia antimicrobiana, mientras que el valor de la realización de hemocultivos para anaerobios en forma rutinaria ha sido cuestionado en varios trabajos recientes. Sin embargo, otros estudios han demostrado que la bacteriemia por anaerobios usualmente no se sospecha en la práctica clínica y que una importante proporción de pacientes que la presentan no reciben el tratamiento antibiótico apropiado. A pesar de su baja incidencia, la bacteriemia por anaerobios aún se asocia con una significativa mortalidad. La evolución fatal de esta entidad ha sido usualmente correlacionada con la edad y las enfermedades subyacentes, así como con el tratamiento antimicrobiano inapropiado o la demora en el comienzo de la terapia adecuada. El objeto del presente trabajo fue evaluar en forma retrospectiva la incidencia y la importancia clínica de la bacteriemia por anaerobios en una cohorte de pacientes hospitalizados, además de establecer si había tenido lugar un cambio en su frecuencia y distribución.

El período en estudio comprendió 62 meses (entre los años 1999 y 2004). Al respecto, se identificaron los casos de hemocultivos positivos para anaerobios observados en dicho período y se analizaron los datos clínicos de cada paciente en particular.

Se observó que, del total de hemocultivos positivos, el 3.3% mostraban gérmenes anaerobios. La incidencia global de bacteriemia por anaerobios clínicamente importante fue de 0.51 casos por cada 1 000 internaciones (0.61 casos por cada 10 000 días de hospitalización), pero fue significativamente mayor entre los pacientes con entidades hematológicas malignas activas que en el resto de los grupos. Así, en los primeros la incidencia fue de 5.97 casos por cada 10 000 días de hospitalización, mientras que en los restantes, este valor fue de 0.33 casos por cada 10 000 días de internación. El análisis por años demostró una tendencia creciente, especialmente en el primer grupo. La bacteria *Bacteroides fragilis* representó el 61% de los cultivos, seguida en frecuencia por *Clostridium spp.* (12.2%), *Peptostreptococcus spp.* y *Leptotrichia spp.* (7.3% cada uno), y *Fusobacterium spp.* (4.8%). Los factores de riesgo más comunes fueron la cirugía gastrointestinal (49%) y las entidades hematológicas malignas activas con quimioterapia o trasplante de médula ósea (47%). En el 77% de los pacientes se observaba una o más comorbilidades. Las fuentes más frecuentes de la bacteriemia (supuestas o comprobadas) fueron el tracto gastrointestinal bajo (41%) y la orofaringe (23%), mientras que en el 20.5% de los casos el origen de la infección fue

desconocido. La tasa global de mortalidad (evaluada 7 días después de la aparición de la bacteriemia) fue de 13%. Se observó que la evolución fatal se correlacionó en mayor medida con la gravedad de las enfermedades subyacentes y el estado de inmunosupresión de los pacientes que con el patógeno causal o la efectividad de la terapia antimicrobiana. Por su parte, no se constataron diferencias en la tasa de mortalidad entre los pacientes con bacteriemia monomicrobiana o polimicrobiana.

En el presente trabajo se observó una tendencia creciente de las bacteriemias anaerobias entre los pacientes internados con hemocultivos positivos. Al respecto, los autores no observaron la existencia de una correlación entre la condición adecuada del tratamiento antimicrobiano administrado para la bacteriemia y su evolución clínica, lo cual resalta la importancia de las comorbilidades del paciente y su estado inmunológico en la evolución de esta entidad.

DESCRIBEN FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES DE CARDIOVERTORES-DESFIBRILADORES IMPLANTABLES

Resultados de una revisión retrospectiva de 423 procedimientos en un hospital universitario

Madrid, España:

Las infecciones de los cardiovertores-desfibriladores implantables son poco frecuentes (2.4% de los casos); los autores describen los factores relacionados con estas complicaciones y los tratamientos empleados para revertirlas.

Fuente científica:

[**Clinical Microbiology and Infection** 12(6):533-537, Jun 2006] – aSNC

Autores

Gil P, Fernández Guerrero M, Bayona J y colaboradores

La creciente utilización de los cardiovertores-desfibriladores implantables (CDI), las mejoras en el diseño de estos dispositivos y en las técnicas para implantarlos mejoró en gran medida el pronóstico de los pacientes con arritmias ventriculares con riesgo de muerte. Aunque poco frecuentes, las infecciones son una complicación grave de los implantes de CDI.

En el presente trabajo, los autores llevaron a cabo una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los 278 pacientes que recibieron implantes de CDI en un hospital universitario en Madrid entre 1988 y 2001. En total se realizaron 423 procedimientos (262 implantes primarios y 161 reemplazos).

Las infecciones fueron diagnosticadas durante los seguimientos clínicos periódicos a los que acudían los pacientes. Estas complicaciones se clasificaron de acuerdo al tiempo de su aparición en "infecciones tempranas" (dentro de los 30 días posoperatorios) o en "infecciones tardías" (cuando aparecían después del mes de la intervención quirúrgica).

El 13.7% de los pacientes presentó fiebre en el posoperatorio mientras que en 16 (5.8%) se formó un hematoma en el bolsillo del generador. En total, 10 de los 423 procedimientos (2.4%) en 8 de los 278 pacientes (2.8%) se complicaron con infecciones; un paciente que tuvo 5 reemplazos de CDI presentó 3 episodios infecciosos no consecutivos.

Las infecciones se desarrollaron en 5 implantes primarios y en 5 reemplazos de generadores.

Cuatro sucedieron en forma temprana y 6 ocurrieron tardíamente; el tiempo de aparición estas complicaciones fue en promedio de 14 días en el primer caso y de 26 meses en el segundo.

Los análisis no encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables clínicas (diabetes mellitus, obesidad), la infección aguda o bacteriemia previa al implante del dispositivo y la infección temprana del CDI. Esta última complicación se vio con mayor frecuencia en los pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas en dos etapas (*odds ratio*: 21.7; *p odds ratio*: 6.62; *p odds ratio*: 5.03; *p* <0.04).

Las infecciones tardías se observaron en 3 pacientes con lesiones traumáticas (quirúrgicas o por

traumatismo directo) en el sitio del generador (p *odds ratio*: 138.33; p <0.001). Los microorganismos fueron aislados a partir de los cultivos de la herida o del bolsillo del generador del pulso (8 casos), de 2 colecciones purulentas, de 2 generadores y de 2 cables. Los hemocultivos fueron negativos. En 5 pacientes la infección fue por un solo germen: estafilococos coagulasa negativos (n= 3), *Staphylococcus aureus* (n= 2) y *Streptococcus agalactiae* (n= 1). También se obtuvieron 4 casos de infecciones polimicrobianas por *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. y otros bacilos Gram-negativos. En un paciente infectado no se pudo aislar ningún microbio. Las principales manifestaciones clínicas fueron edema y secreción purulenta (n= 5), fiebre (n= 4), eritema (n= 4), dolor (n= 4) y ulceración cutánea (n= 3). No se encontró ninguna asociación entre la infección del CDI con la presencia de fiebre posquirúrgica o hematoma. Tampoco se observaron complicaciones sistémicas, endocarditis o fallecimientos. Para el tratamiento de las infecciones tempranas, los pacientes fueron tratados con cloxacilina o amoxicilina/clavulanato durante 2 semanas; la evolución fue favorable en 3 pacientes. Un cuarto individuo tuvo 2 recaídas infecciosas, a pesar del tratamiento, por lo que el sistema CDI fue extraído, a la vez que se le indicó un curso completo de vancomicina y gentamicina. Las 6 infecciones tardías fueron medicadas principalmente con vancomicina más gentamicina, pero eventualmente se debió reemplazar el CDI en todos los sujetos. Al finalizar, los autores comentan que la tasa general de las infecciones asociadas con los CDI fue muy baja y que los factores de riesgo observados en el presente trabajo tuvieron como aspecto en común una importante pérdida de la integridad cutánea en relación con la implantación del CDI.

RESULTA INEVITABLE EL SURGIMIENTO DE UNA NUEVA PANDEMIA DE GRIPE

Deberán adoptarse las medidas necesarias para mitigar su impacto

Londres, Reino Unido:

Cuando emerge una cepa nueva del virus de la gripe que el sistema inmunológico humano no ha contactado antes, surge el fenómeno de la pandemia, las cuales probablemente hayan aparecido a lo largo de la historia a intervalos regulares. Por eso, ante la inminencia de una futura aparición, la humanidad deberá estar preparada para su manejo.

Fuente científica:

[*Journal of the Royal Society of Medicine* 99(5):222-225, May 2006] – aSNC

Autores

Donaldson L

Los tres tipos del virus de la gripe (A, B y C), puede infectar a los humanos, mientras que el tipo A también puede afectar aves, cerdos y otros animales. En la superficie del virus, existen varias proteínas o antígenos, cada uno de los cuales puede tomar una forma diferente. Estas proteínas son las que le otorgan al virus una identidad particular y determinan que el sistema inmunológico del huésped produzca una defensa específica y dirigida contra éstas. Las dos proteínas más importantes son la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N), y su naturaleza determina el tipo específico del virus (como por ejemplo, el virus H5N1). Además de éstas, existen numerosas proteínas que determinan la cepa de pertenencia.

Después de un período de tiempo y en intervalos, las proteínas o antígenos del virus alteran sus características. Los cambios pueden ser sutiles cuando las mutaciones tienen lugar al momento de la replicación viral, o, por el contrario, ser más importantes cuando una de las principales proteínas es reemplazada por otra. Estas últimas tienen más probabilidad de ocurrir cuando dos tipos diferentes del virus se replican en el mismo lugar y en el mismo momento, cuando surge la oportunidad de mezclar su material genético. Cuando estas proteínas se alteran, una nueva cepa significativa comienza a existir.

Existen tres campos de importancia con respecto al virus de la gripe, y corresponden a la gripe estacional, aviar y pandémica. La primera ocurre cada invierno, y afecta del 10% al 15% de la población. La segunda, la mayoría de las veces, corresponde a una enfermedad de las aves. Sin embargo, a veces afecta otras especies, lo que incluye al hombre. Existen varios ejemplos de estos brotes, y la actual serie de casos humanos de H5N1 asociados con el brote de gripe aviar representa un ejemplo del cruce entre especies de la enfermedad. Hasta abril de este año, se habían registrado 109 muertes humanas desde 2003 debido a la actual cepa aviar H5N1, y, casi en todos los casos, las víctimas habían tenido contacto con aves infectadas. La gripe pandémica surge cuando emerge una nueva cepa de gripe que nunca antes había tenido contacto con el sistema inmunológico humano. Los grandes brotes de gripe en la población aviar podrían facilitar y acelerar este proceso. La naturaleza frecuentemente sigue ciclos, y resulta probable que, a través de la historia, se hayan registrado pandemias de gripe a intervalos regulares. En el pasado reciente, se ha documentado el brote de 1918-1919 que causó la muerte de 40-50 millones de personas, el brote de gripe asiática en 1957 y la gripe de Hong Kong en 1968 (estas dos últimas produjeron un millón de muertes cada una).

En algún momento surgirá una nueva pandemia de gripe. Al respecto, no resulta posible predecir con certeza cuándo tendrá lugar, pero sí puede afirmarse que deben cumplirse tres condiciones: el surgimiento de una nueva cepa de gripe a la cual una importante porción de la población no ha sido expuesta, que dicha cepa se transmita fácilmente de persona a persona, y que sea capaz de producir enfermedad en los humanos infectados.

El impacto de una pandemia de gripe no puede establecerse con precisión. Cualquier brote de una enfermedad infecciosa presenta una tasa de ataque clínico, que describe la proporción de la población expuesta que desarrolla la enfermedad, y una tasa de casos fatales que refleja la tasa de muertes producidas entre los infectados. Las estimaciones varían considerablemente, pero sobre la base de una tasa de ataque clínico de 25% y una tasa de casos fatales un poco superior a 1 en 300 casos, en el Reino Unido (país del autor del presente trabajo) podrían esperarse aproximadamente 50 000 muertes. Existen algunos recursos que pueden emplearse para reducir el impacto de las pandemias, como el uso de antivirales, la vacunación y las medidas de salud pública no farmacológicas.

El autor concluye que, en los años venideros, surgirá el problema de una nueva pandemia de gripe. Al respecto, resulta esencial que se aproveche la oportunidad de prepararse para su arribo, aunque igualmente importante resulta que se mantenga una perspectiva apropiada sobre este fenómeno natural.

DESCRIBEN LA PREVALENCIA DEL S. AUREUS EN EL PIODERMA PRIMARIO EXTRAHOSPITALARIO

Resultados de una encuesta abierta y prospectiva en un hospital de atención terciaria

Mumbai, India:

La resistencia a la metilina es poco frecuente en los piodermas primarios extrahospitalarios, por lo que no se justificaría el uso empírico en primera elección de los antibióticos activos contra el *S. aureus* metilino-resistente.

Fuente científica:

[*Indian Journal of Dermatology, Venereology & Leprology* 72(2):126-128, Mar 2006] – aSNC

Autores

Patil R, Baveja S, Nataraj G, Khopkar U

El *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes* son los principales gérmenes que causan infecciones bacterianas cutáneas. En un principio se consideraba que el *S. aureus* resistente a la metilina (SARM) era un patógeno nosocomial, pero cada vez existen más informes en la India

que lo señalan como un agente colonizador en individuos sanos sin factores de riesgo, e incluso en infecciones adquiridas en la comunidad como los piodermas.

La aparición de gérmenes resistentes a los antibióticos representa un problema significativo a la hora de decidir el tratamiento empírico, por lo que es importante controlar de cerca las tendencias de cambio en las infecciones bacterianas y sus patrones de susceptibilidad a los antibióticos.

En el presente estudio, los autores determinaron la prevalencia de SARM en los piodermas primarios de 86 pacientes ambulatorios (54 varones) que consultaron en un hospital urbano de cuidados terciarios en Mumbai (India). Se excluyeron a quienes presentaban celulitis, erisipelas, piodermas secundarios y a los pacientes que ya estaban siendo tratados con antibióticos locales o sistémicos. Las edades de los participantes oscilaron entre los 5 y los 80 años, con un promedio de 36.1 años.

Analizaron la sensibilidad a la penicilina G, eritromicina, vancomicina, sisomicina, gentamicina, frameticina (antibiótico de aplicación tópica), ciprofloxacina, cefazolina y cefuroxima. La resistencia a la meticilina se detectó con el uso de discos de 1 mg de oxacilina.

El pioderma predominante fue la foliculitis (58.8%), seguido por la forunculosis (33.3%). De los 86 hisopos cultivados en forma aeróbica, se observó crecimiento bacteriano en 72 muestras, con una tasa de cultivos positivos del 83.7%. Sólo se obtuvo un microorganismo por cada muestra. El *S. aureus* fue el germen predominante, presente en 70 pacientes (81.4%); las muestras restantes provenían de infecciones causadas por *S. pyogenes*. Todas las cepas de *S. aureus* fueron sensibles a la vancomicina y a la sisomicina, mientras que la sensibilidad a los restantes antibióticos fue variable. La resistencia a cefalosporinas de primera generación y a la gentamicina fue mínima (1.4%). La mayor resistencia se observó frente a la penicilina (87.2%), seguida de la eritromicina (42.9%) y frameticina (35.7%) Sólo una de las 70 cepas de *S. aureus* fue resistente a la meticilina.

El porcentaje de cultivos negativos del presente estudio (16.3%) fue similar al informado en otras investigaciones (14.9%). Asimismo, el *S. aureus* fue el microorganismo predominante en otras series, incluyendo casos de piodermas secundarios. Otros autores informaron una flora polimicrobiana entre el 5% y 16% de los casos; en la presente investigación los autores seleccionaron a pacientes que solamente presentaran infecciones bacterianas primarias.

Numerosos informes de India y de Asia subrayaron la prevalencia de SARM en la población y en los piodermas adquiridos en la comunidad. Así, en Mangalore se encontró que el 11.8% de las cepas de 202 muestras de *S. aureus* eran meticilino-resistentes. Por su parte, el *National Staphylococcal Phage Typing Centre* de Nueva Delhi indica que existe un incremento en la aparición de SARM, desde 9.83% en 1992 hasta el 45.44% en 1998. Estos patógenos eran más frecuentes en el Sur de la India (30.94%) que en el Oeste (20.33%) o el Norte (18.88%). Esto muestra la probabilidad de encontrar variación en la prevalencia de cepas de SARM en infecciones adquiridas en la comunidad según la región en estudio. En efecto, en la presente investigación, sólo una de las 70 cepas de *S. aureus* (1.4%) fue meticilino-resistente. Esta baja prevalencia, explican los autores, puede deberse a que la muestra fue elegida en forma prospectiva (piodermas primarios adquiridos en la comunidad), mientras que otros estudios analizaron retrospectivamente a los pacientes internados y ambulatorios con todo tipo de infecciones.

En base a los hallazgos obtenidos, los autores comentan que, para el tratamiento empírico de piodermas primarios, probablemente no sea necesario elegir en forma rutinaria aquellos antibióticos útiles para las cepas SARM. La primera línea terapéutica puede estar constituida por cefalosporinas y penicilinas resistentes a las penicilinasas (meticilina, cloxacilina). Asimismo, el tratamiento tópico de primera elección para estas lesiones puede incluir a la gentamicina y la sisomicina.

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA TIÑA CAPITIS CON ITRACONAZOL

*Estudio en 111 niños con infección del cuero cabelludo por *Microsporum canis**

Atenas, Grecia:

Los niños que presentan una infección del cuero cabelludo por *Microsporum canis* pueden ser tratados con seguridad y efectividad con itraconazol, a través de pulsos con cápsulas de este agente o de la administración de una suspensión oral de éste en un régimen continuo

Fuente científica:

[**Drugs under Experimental and Clinical Research** 31(Supl.):11-15, 2005] – aSNC

Autores

Koumantaki-Mathioudaki E, Devliotou-Panagiotidou D, Rallis E y Colaboradores

El itraconazol parece ser seguro y efectivo en el tratamiento de la infección micótica del cuero cabelludo por *Microsporum canis*, por lo cual podría representar una alternativa ideal a la griseofulvina. La tiña *capitis* es la infección micótica más común de la infancia, y requiere de una terapia antifúngica oral. La infección causada por *Microsporum canis* es una de las más recalcitrantes, con una incidencia creciente durante la última década, principalmente en los países del centro y sur de Europa. La griseofulvina ha sido el agente de elección para el tratamiento de la tiña *capitis*. Sin embargo, según sostienen los autores del presente trabajo realizado en Grecia, existe relativamente poca información referida al uso de itraconazol en el manejo de la tiña *capitis* producida por *M. canis*. En el presente estudio, un grupo de niños con tiña *capitis* por *M. canis* fueron tratados con pulsos con cápsulas de itraconazol o a través de una suspensión oral del mismo agente en un régimen continuo.

Fueron incluidos 111 niños; de ellos, 81 fueron tratados con pulsos con cápsulas de itraconazol (grupo A) y 30 fueron tratados con una suspensión oral de la misma droga (grupo B). En el grupo A, cada pulso duraba una semana, y, entre ellos, se establecía un intervalo de 3 semanas. La decisión con respecto a la administración de cada pulso era determinada sobre la base de la respuesta del paciente. La dosis de itraconazol fue, para los niños de 1 a 19 kg, de 50 mg/día, mientras que para aquellos de 20 a 39 kg la dosis fue de 100 mg/día, y para los de peso superior a 40 kg, ésta fue de 200 mg/día. La duración fue de 20 semanas (5 pulsos), con un seguimiento de 3 semanas luego de la terminación del tratamiento. En el grupo B, la dosis de itraconazol fue de 5 mg/kg/día, de administración diaria y hasta alcanzar la mejoría clínica y la negativización del examen micológico. Un total de 21 pacientes, todos pertenecientes al grupo A, fueron perdidos de la investigación durante el seguimiento, probablemente debido a la duración del régimen. La edad promedio de los niños participantes fue de 7.3 años. Completaron la evaluación un total de 90 niños, de los cuales 42 eran de sexo femenino. En el grupo A, se produjo la curación clínica y micológica del 90.0% de los pacientes luego de 15 semanas de tratamiento. Seis niños no respondieron al tratamiento luego de la administración de 5 pulsos; dos de ellos requirieron un pulso adicional (total de 6 pulsos), mientras que los restantes 4 requirieron 2 pulsos más (total de 7 pulsos). De estos 6 niños, 5 mostraban al inicio un cuadro de gravedad moderada, mientras que en el restante, la entidad fue considerada grave. En el grupo B, todos los pacientes presentaron la curación completa luego de 12 semanas del comienzo del tratamiento. La duración de la terapia en este grupo fue de 6 semanas en 10 niños, 9 semanas en 14 niños y 12 semanas en 6 niños. En el grupo A, no se observaron efectos adversos que determinaran la interrupción del tratamiento, mientras que en el grupo B, la diarrea fue el efecto adverso más común.

Los resultados del presente trabajo demuestran que el itraconazol resulta efectivo en el tratamiento de la tiña *capitis* producida por *M. canis*, tanto en su administración por pulsos en cápsulas como en su indicación en una suspensión oral de régimen continuo. Todos los pacientes tratados parecen alcanzar la curación completa, y no parecen existir efectos adversos de importancia que determinen la interrupción del tratamiento. De esta manera, el itraconazol podría representar una alternativa a la griseofulvina, la cual, en muchos casos, ha resultado inefectiva, probablemente debido a dosis insuficientes o a la aparición de efectos adversos.

PEDIATRICA REQUIEREN CRANEOTOMIA

Estudio retrospectivo en 21 casos

Memphis, EE.UU.:

Las complicaciones intracraneales de la sinusitis pediátrica aguda, las cuales son más frecuentes en los adolescentes, requieren la realización de craneotomía en casi el 70% de los casos. Dentro de los organismos observados en los cultivos, la flora oral es prevalente, y la frecuencia de infección polimicrobiana es de 43%.

Fuente científica:

[**Otolaryngology-Head and Neck Surgery** 134(5): 733-736, May 2006] – aSNC

Autores

Glickstein J, Chandra R, Thompson J

Las complicaciones intracraneales de la sinusitis pediátrica usualmente requiere la realización de craneotomía. Las infecciones por la flora oral y polimicrobianas son frecuentes. A pesar de que la sinusitis aguda pediátrica es una entidad común, la incidencia de complicaciones en el sistema nervioso central es baja. La tasa de compromiso de dicho sistema es menos frecuente que la patología orbital, y se observa en el 3% al 4% de los pacientes hospitalizados por sinusitis. A su vez, la tasa de compromiso intracraneal infeccioso es mayor cuando existen complicaciones orbitales. Las manifestaciones potenciales de las complicaciones del sistema nervioso central incluyen cefalea, fiebre y signos neurológicos focales, a pesar de que su ausencia no descarta la presencia del cuadro. Los adolescentes se afectan más frecuentemente que los niños pequeños, posiblemente debido a la neumatización más completa de los senos paranasales en el primer grupo. El objeto del presente estudio retrospectivo fue estudiar las complicaciones intracraneales de la sinusitis pediátrica, las cuales, aunque infrecuentes, son potencialmente fatales. Los autores del presente trabajo llevaron a cabo una revisión de los casos de niños internados en una institución con diagnóstico de sinusitis aguda y complicaciones intracraneales durante el período comprendido entre los años 1995 y 2004.

Se identificaron 21 casos, de los cuales 13 se produjeron en varones y 8, en pacientes de sexo femenino. La edad promedio de los pacientes fue de 13.3 años. Siete pacientes habían recibido un tratamiento antibiótico previo (4 de ellos, durante más de 7 días). El 81% de la muestra (n=18) presentaba un absceso, más frecuentemente epidural, y sólo el 14% (n=3) sólo presentaba meningitis. Todos los pacientes, excepto 4, fueron tratados en forma quirúrgica. En 13 pacientes (61.9%) se realizó craneotomía, mientras que en 10 pacientes (48%) se llevó a cabo un procedimiento quirúrgico endoscópico en los senos durante el manejo quirúrgico agudo (de éstos, 7 fueron sometidos a craneotomía). Siete pacientes (33%) requirieron múltiples operaciones durante su internación, y 19 pacientes (90%) demostraron un total de 30 organismos en los cultivos. Se observó flora oral en el 57% de los casos, mientras que la infección polimicrobiana, observada en el 43% de los casos, se asoció significativamente con la necesidad de craneotomía. El promedio de la estadía hospitalaria fue de 15 días, y la duración media de tratamiento antibiótico endovenoso fue de 5 semanas. Los pacientes fueron frecuentemente tratados en forma empírica con vancomicina, una cefalosporina de tercera o cuarta generación y metronidazol o clindamicina, y las terapias fueron individualizadas posteriormente, según los resultados de cada cultivo.

Las complicaciones intracraneales de la sinusitis aguda tienen lugar más frecuentemente en los adolescentes. Estas usualmente requieren intervención quirúrgica, y pueden ser necesarios múltiples procedimientos. En el presente estudio, se requirió más de una intervención en casi la mitad de la muestra analizada. Por su parte, en los casos que requieren la realización de craneotomía usualmente se observa infección polimicrobiana. En el presente análisis, la flora oral fue prevalente. El manejo requiere de la administración de antibióticos dirigida por los resultados de los cultivos. La morbilidad puede ser grave, pero sin el manejo agresivo médico y quirúrgico, la mortalidad resulta una posibilidad, mientras que la morbilidad neurológica permanente representa un aspecto de preocupación.

LAS INFECCIONES PROFUNDAS EN CUELLO SON USUALMENTE POLIMICROBIANAS

Estudio retrospectivo en 128 casos

Hualien, Taiwán (Republica Nacionalista China):

El 35.9% de las infecciones profundas en cuello presentan cultivos polimicrobianos. El germen más frecuentemente aislado es *Streptococcus viridans*, seguido de *Klebsiella pneumoniae*, aunque este último es el más frecuente entre los pacientes con diabetes.

Fuente científica:

[*Acta Oto-Laryngologica* 126(4):396-401, 2006] – aSNC

Autores

Huang T, Tseng F, Yeh T y colaboradores

En el tratamiento de las infecciones profundas en cuello, se recomienda el uso de antibióticos de amplio espectro debido a los diversos microorganismos involucrados. Las infecciones profundas en cuello son infecciones en espacios potenciales y planos faciales cervicales. Los principios terapéuticos consisten en asegurar la vía aérea, la terapia antimicrobiana y el drenaje quirúrgico del absceso. Para el manejo de estos cuadros, resulta esencial el empleo de antibióticos apropiados y efectivos contra los organismos causales. A pesar de que los cultivos del material obtenido por aspiración con aguja o drenaje quirúrgico pueden representar una guía en la elección de los antimicrobianos, los antibióticos empíricos son importantes antes de que los resultados de éstos estén disponibles. El objeto del presente trabajo fue analizar la bacteriología de las infecciones profundas en cuello e identificar los factores que influyen significativamente sobre los patógenos causales.

Los autores analizaron en forma retrospectiva los registros de los pacientes con diagnóstico de infección profunda en cuello entre los años 1997 y 2003 en una institución de Taiwán. Un total de 212 pacientes reunieron los criterios de inclusión, y se comparó con los resultados del cultivo del pus de 143 pacientes, obtenido este último de aspiración con aguja o de un drenaje quirúrgico. De estos casos, se aisló una bacteria en el 89.5% (n=128). La incidencia de patógenos comunes en estos cuadros se analizó en función de la edad, el sexo de pertenencia, el clima, la presencia de diabetes, las fuentes de infección y los espacios comprometidos.

En el 35.9% de los casos (n=46) la infección fue polimicrobiana y el organismo más frecuentemente aislado fue *Viridans streptococcus* (38.3%). En segundo lugar, se observó *Klebsiella pneumoniae* (32.0%) seguido de *Peptostreptococcus* (17.2%). El organismo más frecuente en los 44 pacientes con diabetes fue *K. pneumoniae* (54.5%), mientras que entre los pacientes no diabéticos, el germen *Viridans streptococcus* se observó en el 48.8% de los casos. En pacientes con fuentes de tales de infecciones, la tasa de cultivo de anaerobios fue de 59.3%, mientras que en las infecciones de la vía aérea superior y de otras fuentes, los respectivos porcentajes fueron de 22.7% y 21.5%. Las diferencias en edad, sexo de pertenencia y clima no produjeron cambios significativos en los patógenos causales comunes. *Viridans streptococcus* fue el patógeno más común en las infecciones parafaríngeas, submandibulares y de espacios extendidos, mientras que en el espacio parotídeo el germen más frecuente fue *K. pneumoniae*. Los resultados del presente trabajo demuestran que el patrón bacteriológico de las infecciones profundas en cuello es usualmente polimicrobiano e incluye aerobios, microaerófilos y anaerobios. Por su parte, se observó que la presencia de diabetes y de fuentes odontogénicas de infección se asociaron con patógenos causales particulares. Debido a los diversos microorganismos causales, se recomienda el uso de antibióticos de amplio espectro en el tratamiento de las infecciones profundas en cuello. En la elección de éstos, la preponderancia de la presencia de *K. pneumoniae* tanto en pacientes diabéticos como en los no diabéticos (aunque en estos últimos es menor que en los primeros), debe ser tomada en cuenta. La clindamicina, un agente usualmente empleado para tratar infecciones de cabeza y cuello, no debería ser administrada en forma aislada debido a sus

limitaciones en el control de la infección por el mencionado germen. Los organismos aeróbicos Gram negativos diferentes a *K. pneumoniae* y especies de *Neisseria* desempeñaron un papel limitado en la serie de casos estudiados, por lo que el uso empírico rutinario de antibióticos contra éstos no es aconsejado, excepto en pacientes con infecciones nosocomiales, complicaciones o una mala respuesta al tratamiento. Los autores concluyen que los resultados obtenidos les permiten crear un sistema que utiliza la presencia de diabetes y de una fuente dental de infección para determinar los patógenos más comunes.

Trabajos Distinguidos, Serie Infectología , integra el Programa SIIC de Educación Médica
Continuada